WP
K265T
1893-94
c.1

4

TRAVAUX CLINIQUES

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

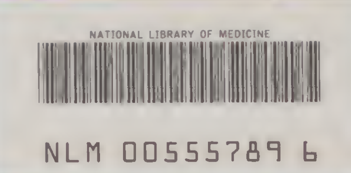
PAR LE

Docteur KEIFFER

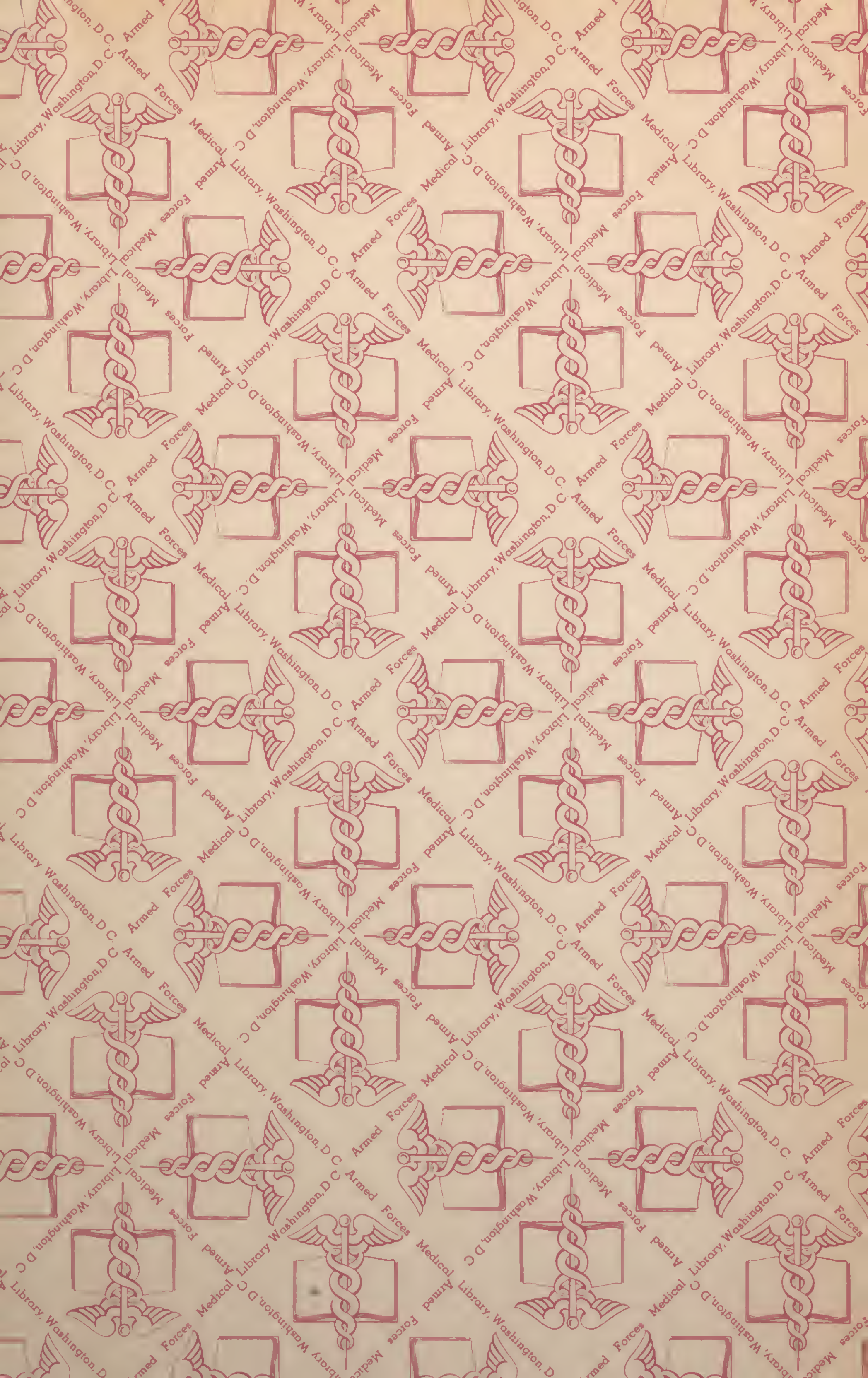


BRUXELLES
HENRI LAMERTIN, LIBRAIRE-EDITEUR
rue du Marché-au-Bois, 20 (près de l'Université)

1894


NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00555789 6


U.S. NATIONAL
LIBRARY
OF
MEDICINE


Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.

ffer, J H

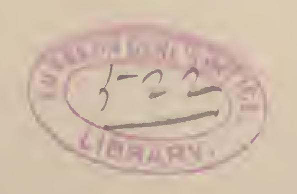
TRAVAUX

DE

GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE

—

1893 - 1894



WP
K265t
1853-94
c.1

Infection lente post abortum. (1)

J'ai eu l'occasion de soigner, il y a quelque temps, une jeune femme dont l'observation ne manque pas d'intérêt au point de vue du diagnostic tardif auquel elle a donné lieu et au point de vue de la pathogénie des métrites.

La malade se plaignait de douleurs sourdes mais continues dans tout le bassin; d'un malaise général indéfinissable, augmentant la nuit et s'accompagnant de petits frissons très passagers suivis de fièvre légère. Un profond dégoût des aliments et du travail et une tristesse grande l'avaient envahie depuis 3 mois et cependant aucun symptôme inquiétant ne l'avait engagée à consulter un médecin.

Les règles avaient cessé cinq mois avant cette consultation, et les autres symptômes de la grossesse s'étaient montrés très nettement pendant deux mois environ lorsque ceux-ci cédèrent assez brusquement et firent place au malaise continu qui amena cette malade chez moi. Les règles ont reparu très douloureuses et quasi insignifiantes depuis trois mois, ce qui lui a fait croire qu'il n'y avait pas eu de réelle grossesse ou bien que celle-ci n'avait pas continué son cours. La jeune femme aurait considérablement maigri pendant cette période.

Devant cette anamnèse, j'examinai la malade et je trouvai un écoulement leucorrhéique assez abondant; une matrice petite, très peu douloureuse, abaissée et en rétroversion.

Le col était virginal et nullement ramolli; aucun signe tels que le pouls vaginal, le boursoufflement de la muqueuse vaginale et sa coloration bleuâtre ne plaidaient en faveur d'une grossesse. Les annexes paraissaient parfaitement saines et il était impossible de trouver en un point quelconque de l'organisme l'explication des petits mouvements fébriles observés.

Je fis une tentative de cathétérisme de l'utérus et je n'y parvins pas. Une sténose très marquée de la portion la plus utérine du cervix pouvait être l'origine de la dysménorrhée.

---

(1) *La Presse médicale*, 4 juin 1893.

Je proposai l'expectation jusqu'après la menstruation suivante et comme cette dernière fut tout aussi douloureuse et l'état général peu ou point modifié, l'opération de la discision fut proposée et acceptée.

Sous l'influence de la narcose chloroformique la cavité cervicale devint un peu plus perméable et on put introduire après quelques efforts un cathéter utérin ordinaire.

Profitant de la dilatation acquise, je passai les bougies dilatatrices de Hegar mais avec une extrême lenteur.

A un moment donné les bougies introduites revenaient couvertes d'un enduit brunâtre à odeur infecte, et bientôt un liquide épais brun chocolat s'écoula par l'orifice externe dilaté.

Dès lors tous les phénomènes morbides s'expliquaient : il fallait changer de traitement opératoire.

Le cathétérisme accusait à ce moment une profondeur utérine de neuf centimètres et demi. Je continuai la dilatation progressive avec les bougies, ensuite avec le dilatateur de Schultze et puis je fis un curetage aussi exact que possible, après avoir lavé soigneusement la cavité de la matrice au moyen d'une solution à 1/4000 de sublimé. La curette ramena des lambeaux d'une muqueuse épaisse, profondément ulcérée et des débris de membranes choriales en état de putréfaction.

Une injection intra-utérine abondante au sublimé et un tamponnement très serré à la gaze iodoformée achevèrent cette opération, qui remplaça avantageusement la discision projetée.

La présence de débris de membranes permet d'interpréter facilement l'ensemble des faits constatés, car leur absence aurait pu laisser subsister dans mon esprit un doute sur la préexistence d'une grossesse. Quoi d'étonnant en effet à ce que l'imperméabilité du cervix, mettant obstacle à la sortie du sang menstruelé favorisait sa rétention et sa décomposition putride ?

Mais comme l'avait observé la malade, il y avait eu effectivement grossesse et très probablement arrêt de cette grossesse au bout de six semaines ou deux mois pour des causes qu'il est fort difficile d'analyser mais qui, au dire de la jeune femme seraient absolument indépendantes de sa volonté. Un certain degré de sténose congénitale s'est-il accentué au cours de cette fausse-couche méconnue et les produits de la conception ont-ils trouvé dans l'utérus les éléments nécessaires à la putréfaction ? Cela peut, je crois, être mis hors de doute, mais ce qui est assez remarquable dans l'espèce, c'est la forme lente, insidieuse avec laquelle s'est produite cette sorte d'auto-infection. Dans la très grande majorité des cas, lorsque la fausse-couche est

méconnue en raison de la jeunesse de l'œuf il se produit de l'endométrite aiguë qui devient rapidement chronique. Et c'est là une des origines les plus fréquentes de l'endométrite. Mais il est rare de voir l'infection, même lente, après six semaines ou deux mois de gravidité. Il a donc fallu ici la circonstance de la sténose cervicale, pour qu'il y ait rétention et décomposition de l'œuf qui ordinairement se désagrège ou est expulsé en totalité. Il a fallu aussi une résistance particulière des parois utérines et une disposition spéciale des voies lymphatiques et autres pour que les phénomènes de résorption aient été si minimes.

Voilà en effet une collection liquide putréfiée qui se trouve enfermée dans l'organisme pendant trois mois, et qui localement n'amène qu'un peu de sensibilité à la pression et un léger degré d'abaissement et de rétroversion ; encore ces dernières altérations peuvent-elles avoir existé indépendamment de la rétention et de la décomposition de l'œuf. Et si l'on envisage les symptômes généraux, c'est-à-dire les frissons, et les petits accès passagers de fièvre et l'altération lente de la nutrition, on doit s'étonner que les phénomènes infectieux n'aient pas été plus prompts à se produire, surtout plus intenses dans leur apparition.

Chez d'autres sujets nous aurions trouvé, toutes choses égales d'ailleurs, un utérus ramolli, très douloureux, un état inflammatoire de tout le tractus génital, variant de la fausse-couche septique la plus simple à la métro-péritonite mortelle sans parler des hémorragies qui atteignent parfois une grande gravité.

La comparaison du cas présenté avec ce qui se passe dans la majorité des cas de fausse-couche infectieuse montre nettement ici combien est variable la réceptivité du terrain, envisagée surtout au point de vue de la résistance à l'infection et indépendamment de la variabilité des agents pathogènes qui produisent cette infection.

En règle générale lorsqu'on pratique un curetage après avortement et qu'il existe préalablement au curetage de la fièvre, on voit s'élever immédiatement la température plus haut que les jours précédents l'opération, ce qui s'explique aisément par la résorption plus grande des matières septiques qu'occasionne la curette au moment de son action. Mais cette exacerbation ne dure jamais si le curetage a été complet, et on voit le plus souvent la température s'abaisser assez brusquement pour ne plus s'élever. La défervescence par lyse est beaucoup plus rare.

Or, après le curetage de ma malade la température est restée à 37° et n'a plus varié à partir de ce moment ; ce qui indique de la

part de l'utérus et de l'organisme en cause une réceptivité moindre.

Les suites ont été des plus normales. Pendant le mois qui a suivi l'intervention opératoire, un pessaire de Hodge a soutenu l'utérus dans sa position physiologique. Pendant ce temps la réparation a pu se faire, les tissus utérins et ligamentaires ont repris vraisemblablement leur tonicité, car l'abaissement et la rétroversion utérine restent corrigés depuis quatre mois.

Cette application du pessaire après toutes les fausses-couches est devenue pour moi un procédé systématique et je ne puis que le conseiller de plus en plus, tant je le trouve précieux pour la prophylaxie des déviations utérines après les inflammations.

Contribution à l'étude de l'embryologie de l'hymen. (1)

En opérant dernièrement une jeune femme de curetage utérin pour rétention placentaire, j'ai constatai la persistance de la membrane hymen après un accouchement à terme et une fausse couche de quatre mois.

A première vue la vulve paraissait en tous points normale.

Examinée cependant en détails, et les organes du vestibule vaginal étant étalés, elle montrait les particularités suivantes: flottant au-dessus de l'entrée de la cavité vaginale, une membrane de la grandeur et de la forme de la moitié d'une pièce d'un franc était appendue sous le méat urinaire. Elle était perforée d'un orifice circulaire, pouvant



(1) *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1893.

livrer passage à un pois et accusait une continuité ininterrompue de tissu par ses parties latérales avec la muqueuse entourant le méat.

Cette membrane était charnue et semblait constituée de deux feuillets de muqueuse séparés par une couche conjonctive assez épaisse.

Pas de cicatrice au niveau de son bord libre et si l'on examinait attentivement les points d'insertion habituels de l'hymen, on ne découvrait aucune trace de caroncules hyménéales ou de la grossesse, ni même de cicatrice linéaire capable de faire admettre une désinsertion totale de l'hymen lors du premier coït.

Ce qui augmentait l'intérêt que présentait cet hymen flottant, c'était l'aspect de sa parfaite continuité de substance avec le bourrelet, saillant, entourant le méat et se prolongeant, sous forme de deux bandelettes, jusqu'au clitoris qui en constituait l'épanouissement. En un mot, le méat urinaire et l'orifice hyménéal étaient encadrés par un bourrelet en forme de 8 de chiffre.

Il fallait interpréter cette disposition anatomique.

S'agissait-il d'un hymen circulaire décollé mécaniquement au niveau de son bord inférieur et reporté vers le haut?

Était-il plus logique d'admettre que les caroncules myrtiformes avaient disparu et que le lambeau conservé était la partie supérieure persistante de ces débris, formant ce que Pozzi appelle *luette sous-urétrale?* La petite perforation médiane serait alors le fait d'une lacune ou d'une résorption partielle comme on en observe dans quelques hymens cribriformes.

Ces interprétations sont certes acceptables et peuvent aisément se soutenir si l'on ne considère ici que le fait de la présence de l'hymen complet et l'absence des vestiges caronculaires.

Mais une autre explication, et qui aboutit à l'hypothèse d'une anomalie congénitale, peut se faire jour, si l'on prend en considération les particularités anatomiques qui accompagnent, dans notre cas la disposition de l'hymen.

En effet, nous voyons ici que l'hymen n'est nullement atrophié. Il est au contraire épais, fortement vascularisé. A l'approche de la période menstruelle je l'ai vu dur, turgescent, faisant une saillie assez prononcée sous le méat, et flasque en dehors de cette période. Il est nettement continu avec l'hymen urétral qui est ici saillant, en forme de bourrelet circulaire; et ce dernier se prolonge jusqu'au gland clitoridien avec deux bandelettes qui ne sont autre chose que la *bride masculine du vestibule*, dont l'homologie avec le corps spongieux de

l'urètre masculin a été si remarquablement démontrée par S. Pozzi (1).

L'ensemble de l'image fournie par cette structure anatomique (fig.), et observée chez ma malade, peut être rapprochée de l'image fournie par les différents cas de pseudo-hermaphrodismes par hypospadias scrotal décrits par Guyon (2), Bouisson (3) et Pozzi (4), dans lesquels on voit admirablement les bandelettes spongieuses encadrer l'orifice vaginal, l'orifice urétral et se prolonger jusqu'au gland.

Cette image peut être rapprochée également de celle que donne la verge de l'homme lorsqu'on relève celle-ci sur le pubis et qu'on fend dans toute sa longueur le canal de l'urètre depuis le bulbe jusqu'au gland pour en démontrer les homologies avec l'appareil génital femelle.

Dans les trois cas on retrouve la même disposition anatomique des vestiges du corps spongieux, et des orifices hyménéaux et urétraux. J'ai donc tout lieu de croire ici à une anomalie congénitale ou plutôt à une persistance du type embryonnaire des parties de l'hymen. De plus, si les homologies qui existent entre les organes des hypospadias masculins et les organes génito-urinaires masculins et féminins normaux ont pu être invoqués par Pozzi comme arguments en faveur de sa théorie du développement de l'hymen, le cas d'anomalie congénitale de l'hymen que j'ai décrit tantôt vient encore à l'appui de sa manière de voir.

Pour comprendre ce rapprochement il est nécessaire de rappeler cette théorie qui est opposée à celle qui tend à faire admettre l'origine exclusivement mullérienne de l'hymen, et qui est assez généralement adoptée, surtout depuis les travaux de Henle et de Budin.

« Le développement de l'hymen (5) est tardif dans l'embryon féminin ; ce n'est qu'à la dix-neuvième semaine qu'on voit apparaître une sorte de repli du pourtour du conduit vulvo-vaginal à l'orifice antérieur du canal vaginal, qui est formé en haut par la fusion des conduits de Müller, en bas par le canal vestibulaire, vestige du sinus uro-génital. Il y a, au début, deux saillies linéaires qui s'avancent sur la ligne médiane jusqu'à ce qu'elles se rencontrent ; l'hymen est, à ce moment-là, un organe double, et la bandelette qu'il forme de chaque côté de la fente uro-génitale se continue au delà de l'ouverture de

(1) Pozzi. — De la bride masculine du vestibule et de l'origine de l'hymen (*Bull. et mém. de la Soc. de Biolog*, 1884).

(2) Guyon. Vices de conformation de l'urètre, 1863.

(3) Bouisson. *Tribut à la chirurgie*, t. II., p. 500 (cité par Pozzi).

(4) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e édition (cas de Louise B.), p. 1102.

(5) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 2e édition, p. 1088.

l'urètre jusque vers la base du clitoris. Quand les orifices vulvaire et urétral sont constitués, elle encadre l'une et l'autre de ses ouvertures, formant à la première la collerette de l'hymen et autour de la seconde un bourrelet annulaire, très visible chez les enfants, continu en bas avec l'hymen, en haut avec une saillie médiane, analogue à la bride des hypospades masculins. L'appareil hyménéal ainsi constitué se compose donc de trois parties : 1° l'hymen; 2° le bourrelet du méat (parfois assez prononcé pour mériter le nom d'*hymen urétral*); 3° la bride masculine du vestibule. Les anomalies de développement peuvent atteindre ces trois segments, et leur solidarité, jusqu'ici méconnue, permet d'interpréter beaucoup de faits sans elle difficilement explicables. »

Si l'on adopte la théorie de Pozzi, il est aisé de comprendre les particularités de l'hymen que j'ai observé.

Le fait que l'hymen est partiellement libre n'est pas l'argument principal que j'invoque, mais celui de son épaisseur et de sa continuité de substance avec les bandelettes masculines très marquées ici qui indiquent très nettement la solidarité de ces différentes parties et leurs rapports embryogéniques.

Il eût été très intéressant de pouvoir examiner au microscope la structure de cette membrane; la présence de tissu érectile dans son épaisseur, comme tout l'annonçait, aurait été d'une grande valeur pour l'interprétation de cette anomalie de développement.

Malheureusement j'ai perdu la patiente de vue et je n'ai pu en prendre qu'un dessin très exact.

Ovariotomies et lésions des ovaires. (1)

Les lésions dégénératives de l'ovaire qui ne se révèlent pas à l'examen clinique par une néoplasie kystique plus ou moins considérable, soit qu'elles n'ont pas eu le temps d'y aboutir ou que telle n'est pas la tendance de leur évolution, sont assez généralement comprises cliniquement et anatomiquement sous le nom de *scléro-kystiques*, *micro-kystiques*.

Il m'a paru intéressant, à la suite d'une série de laparotomies que j'ai faites pour lésions ovariennes, de me rendre compte jusqu'où cette dénomination était légitime.

Il est curieux, en effet, de constater avec quelle facilité on pose le diagnostic d'ovaire scléro-kystique et, sur le chiffre considérable de cœliotomies que j'ai vu pratiquer ici et ailleurs à la suite de ce diagnostic, un très petit nombre des pièces anatomiques extraites répondaient en réalité à ce type nettement défini.

Sans vouloir chercher les causes qui ont empêché les micro-kystes de se développer aux dépens d'un ovaire, j'ai voulu connaître quelle était en quelque sorte l'orientation histologique des lésions à leur début, et je suis arrivé aux conclusions suivantes :

Si l'on considère l'ovaire scléro-kystique comme un type anatomique parfaitement défini et représenté par l'altération micro-kystique séreuse des follicules de de Graaf suivie de sclérose du stroma-ovarien, il est impossible de déclarer avec certitude, sans examen microscopique préalable, que l'on a affaire à un ovaire scléro-kystique. Toute une série d'ovaires présentant l'aspect extérieur et à la section de l'ovaire micro-kystique type, et que j'ai eu l'occasion d'examiner, ont mis cette dénomination en défaut. Et il s'en faut de beaucoup qu'au début de la lésion, on puisse faire rentrer un ovaire altéré dans l'une ou l'autre des classes anatomo-pathologiques décrites dans les traités.

Les caractères microscopiques étaient tout différents pour chacun d'eux : les uns montraient manifestement une tendance particulière à la dégénérescence kystique séreuse de follicules germinatifs,

---

(1) *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, n° 8, 1893.

d'autres indiquaient au contraire, un tel processus de sclérose que tous les éléments épithéliaux avaient disparu.

Chez celui-ci, il y avait prédominance de l'altération des corps jaunes, subissant tous la dégénération hyaline. Chez celui-là, il existait des restes embryonnaires de tubes épithéliaux de Pflüger, également kystiques.

Enfin, chez d'autres encore, se montrait nettement la dégénérescence myxomateuse par îlots, du stroma-ovarien, ou l'évolution adénomateuse envahissant la glande tout entière, et la dissociation de tous les éléments de l'ovaire, par de petites hémorrhagies parenchymateuses ou corticales produisant de véritables hématomes.

Le tissu conjonctif de l'ovaire, dans la plupart des cas d'ovarite chronique, subit l'altération scléreuse, fibreuse.

Qu'elle soit primitive ou secondaire, on la voit toujours concurremment avec celle de tissus épithéliaux; mais elle-même se transforme fréquemment et secondairement en tissu graisseux, granulo-graisseux, ou myxomateux, ou résidu purulent.

Toutes ces dégénérescences, qu'elles soient d'origine épithéliale ou conjonctive, aboutissent invariablement à la formation au sein du stroma, de petites cavités kystiques, les unes régulières (follicules, corps jaunes, glandes de Pflüger); les autres irrégulières sans parois propres et toujours remplies de substance séreuse, colloïde, hyaline, lardacée ou graisseuse, qui, toutes à la section macroscopique, en imposent pour ce que l'on a appelé l'altération scléro-kystique. L'ovaire, dans tous ces cas, n'a pas considérablement perdu sa forme, ou sa couleur, ni sa consistance. En tous cas, ces signes sont insuffisants pour servir de base à une dénomination exacte.

Comme on le voit et comme je le démontrerai tantôt, par des préparations anatomiques, cette appellation est parfaitement justifiée en tant que générique, désignant d'une manière générale l'ovarite chronique, mais tout à fait impropre si l'examen microscopique n'a pas fait au préalable la constatation de sclérose du tissu conjonctif et d'hydropisie du follicule de de Graaf.

Il s'ensuit que l'ovaire scléro-kystique type est excessivement rare et que presque toujours on trouve dans la même pièce, deux, trois et quatre dégénérescences diverses réunies.

Il est donc vraisemblablement inexact de dire, comme l'ont fait plusieurs auteurs, que les ovaires micro-kystiques ne donnent jamais naissance aux grands kystes. Cela ne serait vrai que dans les cas d'ovaire scléro-kystique folliculaire pur et la chose est loin d'être démontrée d'une manière péremptoire.

Ce qui se dégage aussi de ces considérations, c'est l'impossibilité manifeste qu'il y a pour un chirurgien de poser le diagnostic d'ovaire scléro-kystique chez une malade. On ne peut pas prétendre, en effet, distinguer par le toucher, aussi délicat soit-il, ce qu'on ne peut distinguer, même par l'examen macroscopique direct. Tout au plus peut-on déclarer, en raison de la forme, de la situation, de la consistance de l'ovaire que celui-ci est dégénéré et hystique. Et lorsque la pièce anatomique est extraite et soumise à l'examen microscopique, alors seulement il est possible d'établir quelle eùt été la direction évolutive de la lésion par la prédominance de l'une ou l'autre dégénération, on admettant qu'on eût laissé celle-ci se développer librement.

Démonstration anatomique. — Qu'il me soit permis de vous montrer, à l'appui de cette manière de voir, quelques pièces anatomiques extraites et de vous décrire, par la même occasion, quelques cas de lésions ovariennes relativement rares.



Fig. II. — Fibrôme calcifié de l'ovaire, adhérent à ce dernier par un petit tractus fibreux. (Un tiers grandeur nature.)

I. — La première est un fibrôme calcifié de l'ovaire (fig. II). Lorsque la malade, Mme B..., de Forest, qui en était atteinte, s'est présentée à notre examen, il était aisé de sentir un corps dur, gros comme un œuf de poule, dans le cul-de-sac antérieur, entre la vessie et l'utérus. Croyant avoir à faire à un ovaire fibreux assez volumineux, je proposais l'opération qui fut acceptée facilement à cause de douleurs

intolérables ressenties, non seulement du côté de la tumeur, mais surtout du côté opposé. La malade déclarait sentir comme un corps étranger du côté droit, mais disait souffrir d'avantage de l'autre.

Au cours de la cœliotomie, nous fûmes étonné, au moment de l'extraction, de voir se détacher ce néoplasme d'un tout petit ovaire auquel il était appendu par un très mince tractus fibreux. A gauche, ovaire analogue dégénéré mais sans tumeur.

Suites opératoires simples. Disparition complète des douleurs.

Il s'agit d'un fibrôme pur calcifié dans sa totalité.

A la lumière oblique se distinguent les cristaux qui imprègnent les tissus. Ce néoplasme s'est développé aux dépens de l'ovaire qui lui, tout entier, est fibreux. Au microscope on ne trouve plus dans ce dernier aucune trace de follicule, mais un corps jaune hémorrhagique enkysté et quelques cicatrices d'anciens corps jaunes. A gauche, même lésion. Plus trace de tissu épithélial glandulaire ou folliculaire.

Et cependant l'aspect général de ces ovaires est scléro-kystique.

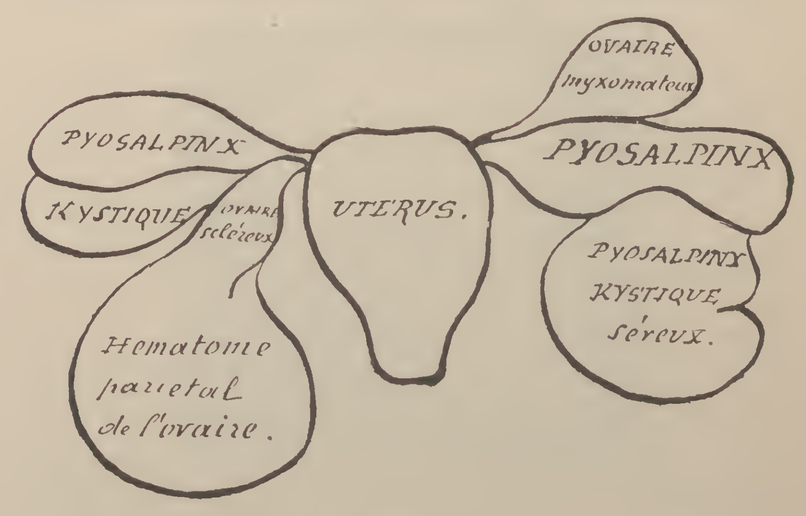


Fig. I.

II. — La pièce anatomique que voici (fig. I), et pour laquelle nous avions posé, avec le plus grand soin, le diagnostic de petits kystes séreux des ovaires, ne nous a guère plus instruit après la laparotomie qu'avant. Il a fallu un examen très attentif et détaillé de la pièce, ainsi que trois préparations microscopiques, pour établir la valeur des néoplasies que je vous présente.

A droite, nous trouvons une dilatation tubaire, qui n'est autre chose qu'un pyo-salpinx.

La poche qui s'y trouve appendue en imposait, immédiatement après l'extraction, pour un kyste du ligament large.

C'est en réalité un pyo-salpinx enkysté de forme sphérique et dont le contenu est devenu séreux. Le microscope a été nécessaire pour en démontrer l'origine, tant la tumeur paraissait indépendante de la trompe.

L'ovaire de ce côté est un peu plus volumineux que la glande normale, il est de consistance fibro-élastique. Sa section montre plusieurs dilatations kystiques, plus ou moins régulières, variant de la grosseur d'un pois à celle d'un grain de millet, dans un stroma sclérosé.

L'aspect paraît être celui d'un ovaire scléro-kystique.

La coupe révèle cependant une prédominance très marquée de la dégénérescence hyaline des corps jaunes et de la dégénérescence colloïde (fig. III), du stroma sclérosé, et c'est ce qui explique qu'à la

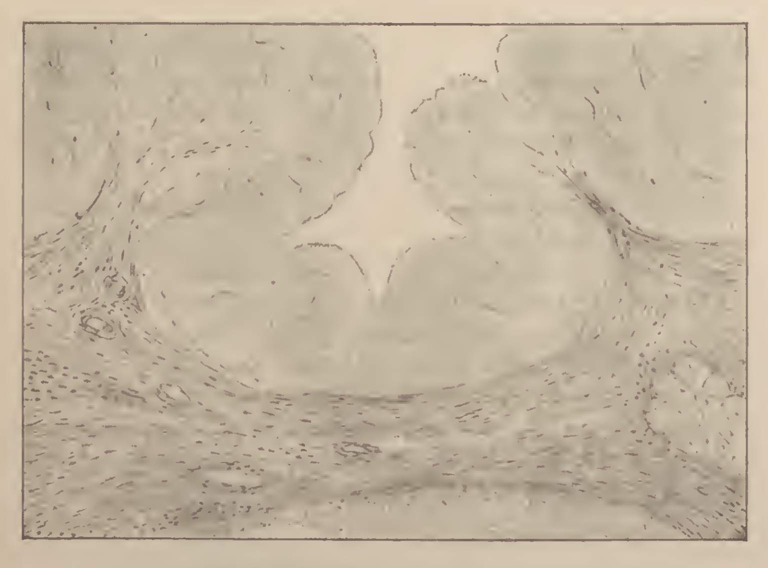


Fig. III. — Dégénérescence colloïde du stroma ovarien primitivement sclérosé.

section de l'ovaire on voyait s'échapper un liquide séreux des kystes situés dans la portion albuginée et un liquide épais lactescent des cavités centrales de l'organe.

Çà et là, quelques follicules se confondant avec le tissu conjonctif altéré. A gauche, nous distinguons une salpingite purulente et une petite tumeur sphérique assez rénitente, qui peut en imposer pour une salpingite kystique, un kyste ovarien ou parovarien. Il s'agit réellement d'un hématome développé dans la couche corticale de l'ovaire gauche, comme le montre la section microscopique. La portion restante de l'ovaire est purement fibreuse. Nous sommes, comme vous le voyez, assez loin de notre diagnostic.

Suites opératoires normales, apyrétiques. Guérison absolue datant de plusieurs mois.

III. — Kyste papillaire volumineux, à contenu hématique de couleur et de consistance chocolat ; il n'y avait pas torsion du pédicule ; ce qui n'est pas en faveur de l'opinion assez répandue, et qui admet que l'hémorrhagie intra-kystique est due à cette torsion et aux troubles vasculaires qu'elle amène.

La paroi interne du kyste est tapissée d'une quantité de petits polypes simples ou dendritiques, pédiculés ou non.

Ces productions analogues aux papillômes sont fortement vascularisées. Les capillaires dilatés qui les parcourent se rompent facilement sous l'influence d'une augmentation de pression sanguine et sont l'origine d'hémorrhagies intra-kystiques, ou même inter-pariétales, comme c'est le cas ici (fig. IV).

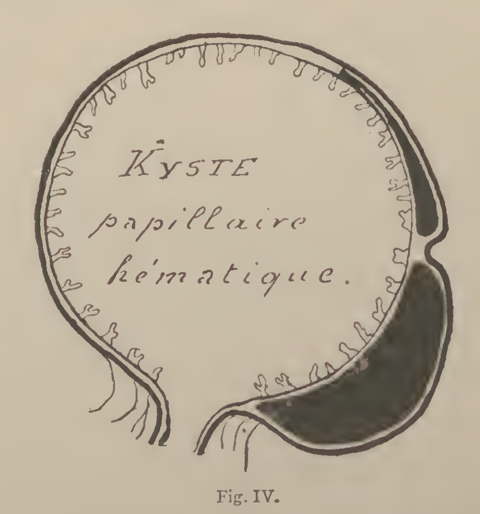


Fig. IV.

Plusieurs chirurgiens ont pu observer la reproduction métastatique de ce genre de tumeurs, et la mort survenant quelque temps après

leur ablation. Ici, bien que les papilles soient parvenues à perforer les tuniques fibro-musculaires du kyste et que la tumeur se soit développée très rapidement chez la malade, la santé de celle-ci est restée parfaite depuis les huit mois où l'ovariotomie a été pratiquée. Du côté opposé, ovaire d'aspect micro-kystique douteux. Il est laissé en place.

IV. — Voici un ovaire scléro-kystique typique (fig. V).

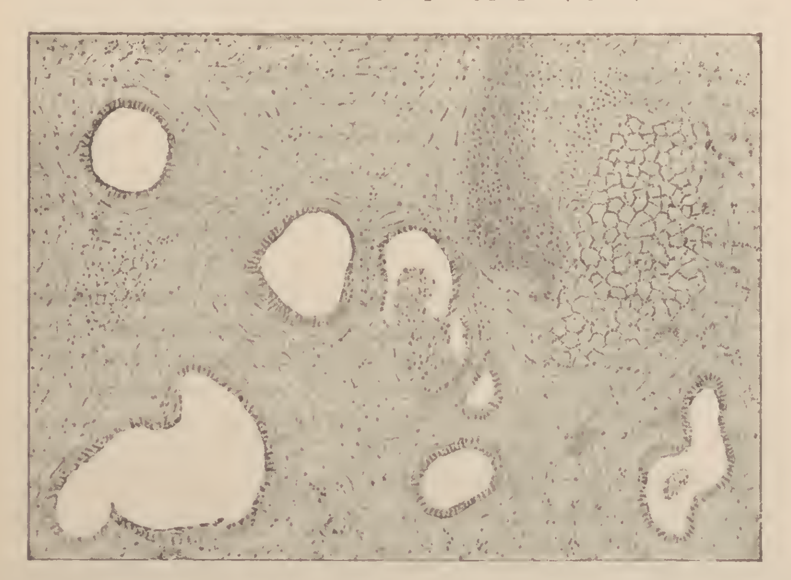


Fig. V. — Dégénérescence scléro-kystique typique. — Dilatation kystique des follicules et sclérose du stroma ovarien.

Nous trouvons effectivement à la coupe de nombreuses dilatations avec dégénérescence des follicules de de Graaf. L'épithélium germinatif tend à disparaître en plusieurs points et à se confondre insensiblement avec le tissu conjonctif en voie de sclérose.

Au microscope on voit que tout le stroma ovarien ainsi que les couches ovigène et albuginée sont farcies de ces follicules. Les uns sont libres, les autres tendent à se confondre avec leurs voisins, de manière à former des cavités plus grandes multilobulaires.

Les ovules ont partout disparu et, dans les cavités kystiques se distingue çà et là, une petite masse cellulo-granuleuse, résidu de la dégénérescence des divers éléments ovulaires et de la sécrétion des parois épithéliales.

Indépendamment de cette lésion se trouvent de nombreux îlots de dégénérescence granulo-graisseuse en plein tissu conjonctif ovarien et particulièrement dans le voisinage des vaisseaux sanguins.

V. — Je veux vous montrer encore une pièce anatomique présentant un kyste du corps jaune ayant atteint, à l'état de réplétion, le volume d'une grosse noix.

On a soutenu longtemps que seuls les corps jaunes de la grossesse pouvaient se transformer en kyste. Gottschalk a démontré récemment qu'ils pouvaient exister chez les nullipares. En voici encore un exemple démonstratif. J'ai enlevé, en effet, cet ovaire chez une jeune fille de 23 ans qui n'a jamais présenté de grossesses. Cet ovaire, au moment de l'extraction, avait toutes les apparences de l'ovaire scléro-kystique, sauf en un point développé sous forme de kyste uniloculaire séreux. A l'examen, nous trouvons en réalité un kyste de corps jaune de la menstruation avec ses bourgeons papillaires caractéristiques et un contenu séro-sanguin. Dans l'épaisseur de la glande on ne trouve plus trace des follicules. Il semble que tous ceux qui sont arrivés à maturité aient donné naissance après la déhiscence, à un corps jaune kystique, les autres ont disparu peu à peu avec l'envahissement de la sclérose conjonctive.

Ces diverses observations ne sont pas le résultat d'un choix fait dans le but de servir l'opinion que je défends. Elles appartiennent à une série d'opérations personnelles nécessitées par les troubles qu'amenaient les altérations des ovaires.

Il serait fastidieux d'en décrire d'autres encore qui ne serviraient, du reste, qu'à démontrer d'une manière plus péremptoire encore que les lésions dégénératives les plus variées peuvent coexister mais avec prédominance de l'une d'elles dans l'ovaire dit scléro-kystique. Cette prédominance indique vraisemblablement la destinée évolutive de la néoplasie. Faut-il s'en servir comme d'une base pour la nomenclature anatomo-pathologique de l'ovaire ?

Nous croyons que la chose est rationnelle et qu'il faut donner le nom *d'ovaire scléro-kystique* d'une manière générique à tous les ovaires dégénérés qui n'ont pas abouti à la formation d'un véritable néoplasme dépassant sensiblement les dimensions normales de l'ovaire sain.

Dans une des dernières séances, je me suis attaché à vous démontrer combien était rare l'altération scléro-kystique pure, et combien était impropre cette dénomination dans la très grande majorité des cas où ce diagnostic est posé.

En effet, il y a presque toujours concomitance des altérations dégénératives, et si la dégénérescence hyaline des follicules de de Graaf n'aboutit pas à la formation de kyste volumineux, il ne s'ensuit pas que les dégénérescences coexistant avec celle-ci dans l'ovaire scléro-kystique ne fournissent pas les néoplasies kystiques que nous observons. Mais alors il s'agit dans la grande majorité des cas de pseudo-kystes ou plutôt de tumeurs ; le terme de kyste ne pouvant s'adapter logiquement qu'à la dilatation d'une cavité épithéliacée et non à une simple dégénérescence plus ou moins fluide aboutissant à la formation d'une paroi et d'un contenu.

Je viens précisément d'observer un cas de kyste ovarien multiloculaire très volumineux, qui ne laisse presque pas de doute à cet égard et qui est en quelque sorte la démonstration palpable de tout ce qui vient d'être dit.

Mme V..., de Bruxelles, âgée de 53 ans, est atteinte depuis plus de dix ans d'une tumeur abdominale dont le volume s'est considérablement accru dans ces derniers mois. La respiration est devenue difficile, haletante même au moment de la digestion. A la percussion on trouve un peu de tympanisme intestinal entre l'ombilic et le sternum et le long des rebords costaux. Tout le reste présente une matité uniforme. La tumeur est mobile dans tous les sens, et sa consistance, sa forme, ses rapports en imposent pour un kyste ovarien.

Indépendamment de ce néoplasme, la malade porte un prolapsus total de l'utérus avec cystocèle et rectocèle. La paroi vaginale est très épaissie et variqueuse au voisinage du col utérin.

L'état général n'est pas brillant. L'appétit a insensiblement diminué, l'amaigrissement est survenu et la malade, après avoir résisté depuis des années aux conseils qui lui étaient donnés pour l'amener à une opération, se décide, enfin, mais réclame surtout une intervention qui la soulage du côté de l'utérus.

Le prolapsus était justiciable de l'hystérectomie et de l'occlusion du vagin. D'un autre côté, l'état général ne pouvait s'améliorer qu'avec l'enlèvement de la tumeur abdominale. Après avoir supputé les chances d'une double intervention, je pris le parti de débuter par l'hystérectomie et de tenter de vider le kyste ovarien au

moyen d'un long trocart par la voie vaginale, et d'extraire ainsi la poche comme s'il s'agissait d'une salpingite volumineuse. Je ne pus, malheureusement, mettre ce projet illusoire à exécution.

L'hystérectomie, d'ordinaire facile et expéditive dans ces cas-là, fut difficile et lente, à cause de l'état caverneux des parois vaginales et de leur adhérence intime avec le col utérin. Celui-ci était atteint de plus d'hypertrophie supra-vaginale.

Après l'ouverture des culs-de-sac, il s'écoula plusieurs litres de liquide ascitique, je pus explorer alors le petit bassin, et me rendre compte que le pédicule du kyste intéressait les annexes gauches. Je sectionnai le ligament large droit sous une pince de Doyen et, par la brèche vaginale ainsi obtenue, pendant qu'un aide fixait la tumeur au détroit supérieur et qu'un autre exerçait sur lui une traction au moyen de l'utérus partiellement libéré, je fis une tentative de ponction du kyste en introduisant le trocart, comme j'aurais introduit un embryotome, c'est-à-dire le long de la main conductrice.

Mais, je dus me convaincre rapidement que mes efforts seraient inutiles, à cause du caractère multilobulaire de la tumeur et dangereux à cause de la présence d'anses intestinales difficiles à écarter.

Je plaçai alors rapidement une seconde pince sur le ligament large gauche, le long de l'utérus, et je fis un pansement vaginal. Au cours de ce dernier, une hémorrhagie peu importante, mais persistante, se déclara. Convaincu qu'elle provenait d'une partie du pédicule ovarien sectionné et mal serré, je mis une seconde pince, aussi haut que possible, sur le ligament large et je fis en quelques minutes la laparotomie. Lorsque j'eus placé une pince et ultérieurement une ligature sur le pédicule, tout écoulement cessa. L'énorme kyste, peu adhérent, fut enlevé et l'abdomen rapidement suturé.

Les anses intestinales et l'épiploon formaient une petite masse atrophiée, qui aurait pu tenir tout entière dans le bassin. Une longue macération dans le liquide ascitique et la compression de la tumeur leur avait donné un aspect grisâtre, atone très particulier.

La tumeur mesurait, étalée, 40 centimètres de diamètre. De grosses veines sillonnaient sa surface à même une capsule fibreuse assez mince, et dont la déchirure fit apparaître un nombre énorme de kystes de toutes dimensions, de coloration diverses, et retenus entre eux par des mailles de tissu conjonctif, tantôt lâche, tantôt scléreux.

Le contenu des kystes était extrêmement variable ainsi que leur dimension et leur forme.

Les uns laissaient écouler à la section un liquide clair citrin homogène ; d'autres, une substance épaisse lactescente, dite colloïde, de consistance sirupeuse. A côté de grandes poches de même structure, communiquant entre elles, s'en trouvaient de plus petites, plus libres, à parois indépendantes et nettement épithéliales, renfermant un liquide hyalin, séro-sanguin ou nettement muqueux. Un grand nombre de cavités kystiques semblaient être des loges creusées dans une masse conjonctive ; tantôt celles-ci étaient considérables, tantôt si serrées et si petites, avec une telle prédominance du tissu conjonctif interlobulaire, que la région examinée *paraissait* spongieuse et même cartilagineuse. Puis, un certain nombre de cavités renfermaient un tissu muco-graisseux, jaune, dont l'examen microscopique n'a pas démenti l'apparence.

Bref, il eût été impossible de voir une réalisation plus exacte, sous de vastes dimensions, des lésions microscopiques concomitantes, que j'ai décrites chez l'ovaire scléro-kystique. Je dois à la vérité de dire, qu'il y avait ici prédominance manifeste des tumeurs colloïdes, et que l'aspect général, un examen superficiel, en imposaient pour un kyste multiloculaire colloïde. Mais, comme on le voit, les diverses dégénérescences de chaque partie, entrant dans la constitution de l'ovaire, ont évolué parallèlement et simultanément.

Et s'il est vrai que les follicules de de Graaf, les tubes épithéliaux, les corps jaunes de la menstruation, le stroma ovarien tout entier, présentent déjà un commencement d'altération anatomo-pathologique, lorsque la glande possède encore son volume normal, il ne faut pas s'étonner que dans les grandes tumeurs de l'ovaire comme celle dont il vient d'être question on trouve réunies et énormément développées ces mêmes altérations, avec les caractères qui les distinguent à leur début.

En d'autres termes, les produits de dégénérescence de l'ovaire ne sont pas, comme on me l'a objecté, des phases différentes d'une seule et même altération pathologique.

L'inflammation chronique a envahi toute la glande ; celle-ci a réagi différemment, suivant que la prolifération intéressait le tissu conjonctif ou le tissu épithélial, et les produits paraissent se confondre à un moment donné ou affecter une grande analogie, mais leur origine n'en n'est pas moins autre.

Si le pus d'une salpingite devient séreux, cela n'en est pas moins du pus et le kyste tubaire ne pourra jamais être confondu avec autre chose. De même, la substance colloïde et la substance graisseuse que

nous avons vu résulter dans l'ovaire scléro-kystique, de la dégénérescence du stroma ovarien, ne pourra pas être le produit des follicules de de Graaf.

Il se dégage donc, des recherches et de l'observation que nous venons de faire et des considérations auxquelles elles ont donné lieu, les conclusions suivantes :

1° Le terme de : *ovaire scléro-kystique* peut être donné à tous les ovaires dégénérés, qui n'ont pas donné naissance à de vrais néoplasmes ;

2° Le type anatomique *ovaire scléro-kystique* des auteurs est excessivement rare ;

3° Les dits ovaires scléro-kystiques renferment généralement en même temps les diverses dégénérescences des parties constitutives de ces glandes, avec prédominance de l'une ou l'autre de ces dégénérescences ;

4° Les ovaires scléro-kystiques peuvent parfaitement donner naissance aux grands kystes de l'ovaire.

Des soins à donner avant, pendant et après la périnéoplastie pour rupture complète. (1)

Les avis sont très partagés sur la question de savoir comment il faut préparer les malades à la réparation complète du périnée et de quelle manière il faut éviter la rupture ou l'infection du champ opératoire lors des premières évacuations intestinales.

Les uns préconisent l'usage préalable des opiacés pendant plusieurs jours afin de donner à la cicatrice le temps de pouvoir résister à l'effort de la défécation et d'offrir moins de chance de contamination.

Les autres laissent fonctionner l'intestin comme d'habitude et ne prennent pas de précautions spéciales.

D'autres encore purgent leurs malades pendant plusieurs jours avant l'opération et les soumettent à une diète sévère jusqu'au 4e ou 5e jour.

Bref les procédés suivis varient avec chacun et il est certain qu'à tous il arrive de cruels mécomptes après des périnéorrhaphies admirablement faites.

Les partisans de la constipation se trouvent le plus souvent être ceux de la périnéorrhaphie pratiquée suivant les méthodes de Simon-Hegar et de Hildebrandt, qui laissent des fils de sutures du côté de la muqueuse rectale, car ces fils s'infectent aisément au contact des matières fécales ou provoquent la formation de fistules difficiles à guérir.

Ceux, au contraire, qui redoutent cette complication et qui se servent des méthodes d'Emmet, de Tait ou de Sänger, craignent moins la défécation immédiate.

Nous avons pu essayer les différentes manières d'alimenter les malades dans le but de nous faire une opinion personnelle à cet égard, car cette question nous semble aussi importante que l'opération elle-même.

Il faut avoir vu un périnée soigneusement construit se rompre sous la pression des scybales ou sous l'action désagrégeante d'un fil conducteur de la suppuration pour se rendre compte de cette importance.

(1) *La Presse médicale*, n° 33, août 1893.

En principe, nous admettons que les procédés opératoires qui n'ouvrent pas de portes à l'infection en laissant des fils de suture le long de la muqueuse rectale réparée ont résolu en partie la question, et c'est là l'immense mérite des méthodes d'affrontement d'Emmet et de Lawson Tait.

Depuis que nous nous sommes servis exclusivement de ces méthodes, et particulièrement de la dernière, nous n'avons plus eu d'échec du fait de la suppuration des fils. Cela ne veut nullement dire qu'il suffise de faire une périnéorrhaphie selon Tait pour y réussir. Les soins à donner avant l'opération, le régime alimentaire, la stérilisation parfaite du matériel opératoire et la protection du périnée, lors des premières garde-robes, par le chirurgien lui-même, tout comme s'il s'agissait d'un accouchement et les soins subséquents sont les conditions absolues du succès.

En dehors de ces conditions le résultat est affaire de chance.

Passons-les en revue :

Rarement le tube gastro-intestinal est bien portant lorsqu'il y a déchirure ancienne du périnée. Le moral des malades est généralement si affecté que celui-ci a retenti sur les fonctions digestives et l'on trouve, soit de la constipation, soit de la diarrhée. Si celle-ci n'est pas de cause organique, elle est le résultat de la peur occasionnée chez la malade par l'idée de l'opération.

Quoi qu'il en soit, c'est le moment ou jamais, nous semble-t-il, de faire de l'antisepsie intestinale à la Bouchard, dans le double but d'évacuer préalablement l'intestin et de rendre, pour autant que la chose soit possible, les selles aseptiques. Nous sommes sous ce rapport absolument de l'avis de Terrillon qui, huit jours durant, évacue l'intestin au moyen d'eau de Sedlitz ou d'Unyadi Janos.

Nous préférons à ce moyen, qui nous a paru souvent très affaiblissant, la prise quotidienne pendant la huitaine qui précède l'opération de petites quantités de calomel associé au naphtol ou au benzonaphtol : ââ 15 centigr., 2 à 3 fois par jour en cachets.

Pendant les deux jours qui précèdent la périnéorrhaphie, le régime sera de préférence lacté. Des lavements seront administrés deux fois par jour, la veille, ainsi que le matin de l'opération au moyen d'une solution boriquée à 4 %, ou de préférence de permangate de potasse à un pour 4000, injecté par une sonde de gomme et mieux encore par une sonde de Budin qui assure le retour du liquide et les matières stercorales en suspension.

Il arrive, malgré ces précautions, qu'au moment d'opérer, le champ

opératoire soit souillé par des déjections qu'amènent les efforts de vomissement dus au chloroforme. Aussi faut-il avoir pour règle d'irriguer largement la dernière portion de l'intestin et d'y placer une longue mèche de gaze aseptique immédiatement avant de procéder à la désinfection de la vulve, du vagin et de la cavité utérine. Celle-ci sera toujours curetée. Cette partie de la toilette exige le sublimé corrosif à 1/2000. Il est extrêmement pratique aussi d'irriguer constamment le champ opératoire pendant l'opération avec une solution tiède à 1/8000 comme le fait toujours Martin, procédé qui garantit davantage la stérilisation si difficile des muqueuses et permet de voir clair pendant que se produit l'hémorrhagie en nappe.

L'opération faite, le pansement est des plus simples. La gaze du rectum sera renouvelée si elle a été souillée. En tout cas son bout externe sera coupé, puis quelque peu attiré de manière à ce qu'une partie sèche soit appliquée sous la ligne d'affrontement de la cloison recto-vaginale. Une mèche de gaze garnira solidement le fond du vagin afin que la plaie reste sèche plusieurs jours. On pourrait croire que le tamponnement de la cavité utérine serait utile dans ce but. Mais nous ne pouvons le recommander, car il nous est arrivé que ce tamponnement ait produit dès le premier jour de violentes coliques utérines ayant nécessité l'enlèvement de tout le pansement, et le placement d'un nouveau est une manœuvre difficile et douloureuse si elle est faite sans spéculum.

Y a-t-il avantage à adapter une languette de gaze iodoformée et du collodion iodoformé sur la suture périnéale, comme le font plusieurs chirurgiens, dans le but d'obtenir une guérison *per primam* sous-crustacée.

S'il s'agissait de tout autre point du corps où l'asepsie peut être absolue, on pourrait répondre affirmativement, mais il suffit que nous ayons vu, alors même que les plus grandes précautions avaient été prises, un fil suppurer et provoquer sous la traumaticine la suppuration également sous-crustacée de tout l'échafaudage, pour déconseiller complètement le procédé.

Si dans les premiers jours on voit un seul fil ou deux même s'infecter, il est temps encore de sauver l'ouvrage, ce qui n'est pas possible sous la couche imperméable, et la fièvre est un renseignement très peu fidèle.

Nous pensons qu'il vaut mieux rejeter même l'iodoforme, à moins que celui-ci n'ait été autoclavé et s'en tenir simplement à une épaisse couche de gaze ou d'ouate antiseptique que l'on peut renouveler

chaque jour et qui nous permet de veiller constamment à la marche régulière de la réparation. Une autre raison qui nous empêche d'adopter le collodion occlusif, c'est qu'il masque le processus de cette réparation, accompagnée souvent d'un certain degré d'œdème qui nous engage à retirer les fils assez à temps pour éviter la déchirure des tissus.

Afin de prévenir toute souillure et d'empêcher les cathétérismes fréquents nous plaçons dans la vessie une sonde de Pezzer avant le réveil de la malade.

Si maintenant le chirurgien ou une infirmière de confiance assiste aux premières évacuations alvines, les parties opérées resteront à sec pendant toute la période de réparation, ce qui est pour nous une grande chance de succès.

La languette de gaze rectale suffit généralement au drainage des gaz intestinaux et qui accumulés ont souvent déjà provoqué la rupture de l'affrontement. Après la première selle on peut remplacer la gaze par un petit tube de caoutchouc qui joue plus efficacement le rôle de drain.

Les malades souffrent beaucoup de ces gaz parce qu'elles redoutent la rupture du périnée par leur sortie brusque. En assurant leur évacuation spontanée on supprime les douleurs et tout effort fait pour les retenir.

Quant à la première garde-robe, il est à désirer qu'elle ne se produise que le 3e ou le 4e jour, mieux vaut cependant qu'elle arrive molle ou liquide, le 2e jour que dure le 5e, ce qui serait la perte inévitable du nouveau plancher périnéal. Aussi doit-on abandonner cette détestable méthode de la constipation par les opiacés.

Terrillon et Pozzi lui préfèrent de légers laxatifs administrés le 3e ou 4e jour s'il n'y a pas défécation spontanée et normale plus tôt. Cette manière de faire ne peut qu'être imitée. Il faut engager toutefois la malade à ne faire aucun effort, et si l'expulsion ne pouvait s'accomplir qu'à l'aide de la presse abdominale il faudrait intervenir au moyen d'un lavement injecté avec la sonde Budin, en fer à cheval, et tâcher de protéger la ligne des sutures par une légère compression. Lorsque celle-ci est salie accidentellement par les matières, il faut la laver au sublimé à 1/1000, la sécher avec de l'ouate et la saupoudrer d'iodoforme porphyrisé.

Nous avons vu des chirurgiens extrêmement habiles avoir une telle confiance dans la rapidité de la réparation qu'ils enlevaient les fils de suture le 8e jour. Trois fois sur quatre la rupture se produisait,

sinon immédiatement, du moins lors des premiers efforts de marche.

Deux semaines paraissent suffisantes mais nécessaires, à moins d'indications spéciales, avant l'enlèvement des fils, et si tout s'est passé normalement, on pourra permettre la marche très modérée dans le cours de la 4e semaine. Si l'œdème cependant a été prononcé, s'il y a eu des points de suppuration, on n'enlèvera pas les fils dans la même séance, mais on se rendra compte au préalable de l'élasticité des tissus avant d'ordonner la marche, dût-on pour cela attendre la 5e ou la 6e semaine. C'est en nous conformant à cette manière de faire et en suivant scrupuleusement tous les points dont nous venons de parler que nous n'avons plus aucun échec même partiel à déplorer.

Les résultats immédiats et tardifs, ceux-ci datant de six mois au moins de nos cinq dernières périnéorrhaphies pour déchirure complète opérées par la méthode d'Emmet et de Tait, ont été excellents.

Il s'agissait pour la plus difficile d'entre elles d'une rupture très étendue remontant à dix-huit années. Six enfants étaient nés au cours de cette période. Il y avait complication de prolapsus utérin. L'incontinence des gaz et des matières fécales était cause d'hypochondrie. L'opération est faite depuis six mois; le sphincter anal fonctionne volontairement, l'utérus se maintient sans pessaire et l'état moral et intellectuel s'est complètement modifié.

A propos d'une incurable. (1)

Nous nous proposons, en rapportant l'observation qui va suivre, de lutter contre la tendance qu'ont bien des médecins, et notamment des médecins de campagne, d'abandonner certains malades qu'ils considèrent comme incurables, parce que leurs traitements classiques sont restés sans effets, et que, forts des principes de l'ancienne doctrine médicale, quelques diathèses demeurent inguérissables.

Sans se préoccuper des progrès accomplis dans les différents domaines de l'art de guérir, ils s'en rapportent aux vieilles croyances du siècle passé pour laisser mourir de leur belle mort des gens qu'Hippocrate ou Galien eussent condamnés.

Nous avons réuni une série de cas dignes du plus grand intérêt, en raison même de leur incurabilité apparente et des ravages progressifs qu'ont occasionné leur abandon prématuré. Nous les décrirons successivement dans le double but d'étudier la pathogénie des diathèses et de montrer à quels résultats on peut arriver dans les cas les plus désespérés.

Notre première malade observée est une dame S..., âgée de 47 ans, habitant une petite ville des Flandres et alitée depuis 9 ans. Comme elle est abondonnée par ses médecins comme incurable, sa maison est organisée comme s'il s'agissait pour elle de déterminer son existence au lit ; aussi demande-t-elle simplement l'apaisement de ses souffrances physiques.

A l'interrogatoire, elle répond qu'elle a eu cinq enfants à terme et une fausse couche. Depuis ce dernier accident elle n'a jamais été bien portante et s'est alitée pendant des périodes de temps de plus en plus longue, puis définitivement, tant la position debout devenait douloureuse. Tous les soins et traitements sont demeurés inefficaces ; des cautérisations utérines, des lavages de la vessie et une foule de médicaments internes ont été essayés, puis abandonnés en désespoir de cause.

A l'examen, nous trouvons une malade obèse dont le squelette

(1) *La Clinique*, nº 27, 1893.

paraît normal, les tissus sont flasques, graisseux. Le système musculaire est atrophié particulièrement au niveau des membres mais ne présente aucun signe de paralysie.

La peau est sèche, rude et grisâtre, les muqueuses peu vascularisées. La langue est saburrale. L'estomac fonctionne, paraît-il, assez normalement; l'intestin est atone et n'agit que sous l'influence des purgatifs salins. Les poumons sont sains, mais le cœur est gras. Pas de lésions hépatiques appréciables.

Du côté des organes sexuels nous trouvons l'utérus atteint de métrite chronique hypertrophique. Il existe une hypertrophie considérable du col utérin déchiré à droite et à gauche avec renversement en avant et en arrière en ectropion. La matrice étant placée définitivement en rétroversion marquée par des adhérences, l'énorme col utérin déprime fortement le bas-fond de la vessie. Les sécrétions sont nettement muco-purulentes, striées de sang.

L'endométrite chronique apparaît à l'extérieur sous forme d'une grande ulcération couverte de bourgeons sanieux. La cavité utérine mesure 11 centimètres de profondeur. — Les annexes ne présentent aucune lésion. Le sein gauche beaucoup plus volumineux que le droit et bosselé laisse sentir à la palpation une tumeur arrondie, élastique n'offrant aucune connexion avec la peau et paraissant appartenir exclusivement au système glandulaire. Le diagnostic d'adénome fut posé, avec réserves toutefois, à cause du volume du néoplasme et de l'âge de la malade. Les ganglions de l'aisselle ne paraissent pas infiltrés.

La vessie est douloureuse au toucher; ses parois semblent considérablement épaissies et rétractées. La sonde dont l'introduction provoque une véritable crise douloureuse rencontre une muqueuse ramollie, irrégulière et laisse s'écouler environ 10 grammes d'urine fortement chargée d'éléments figurés et de pus. Rien de particulier du côté des reins et des uretères.

Le symptôme douleur qui affecte notre malade du côté abdominal résulte donc, et de l'affection utérine et du catarrhe chronique de la vessie, ce dernier provoquant une miction toutes les 15 minutes avec ténesme.

En outre la constipation chronique accompagnée de météorisme a retenti sur l'ensemble des voies digestives. L'altération de celles-ci a déterminé les altérations de nutrition qui se manifestent par l'adipose généralisée et les caractères chimiques de l'urine. Nous l'avons

analysé et fait analyser trois fois et ces diverses recherches concordaient à très peu de chose près pour y signaler la présence du pus, des éléments hématiques figurés, d'une quantité d'albumine proportionnelle à celle du pus, d'urates et surtout de phosphates, signes manifestes de dénutrition.

Beaucoup de débris cellulaires provenant de la dégénérescence de la muqueuse vésicale se trouvaient parmi les globules blancs et rouges et les cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien ainsi que du mucus. De plus une petite quantité de sucre. Réaction alcaline.

En présence d'un tel tableau pathologique on comprend que j'hésitai à entreprendre un traitement. Néanmoins la malade consentit à se livrer quand même à une sorte d'expérience médico-chirurgicale sans qu'aucune promesse de guérison ne lui eût été faite.

Quelques jours après cet examen elle traversait tous les périls et difficultés d'un transport pour se faire installer dans un institut chirurgical à Bruxelles.

En même temps qu'un régime lacté et des toniques lui étaient administrés, je fis une amputation totale du col de la matrice précédée d'un curetage aussi soigné que possible. Les cautérisations, les douches vaginales chaudes et le massage firent merveille, au point qu'au bout de trois semaines l'utérus, cicatrisé et devenu plus réduit, était libre de ses adhérences et parfaitement mobile dans le petit bassin.

Au cours de ce traitement la vessie ne fut pas négligée. Une sonde de Pezzer permettait de faire chaque jour un lavage à l'eau tiède boriquée puis au nitrate d'argent.

Cependant les douleurs vésicales restaient très vives et ce traitement très douloureux. Pendant quelques jours notre malade put garder le fauteuil et faire quelques pas le long du lit, mais ce résultat ne se maintint pas. C'est alors que la malade passa aux mains de mon excellent confrère le Dr Verhoogen, qui eut l'heureuse idée de faire chez elle l'abrasion de la muqueuse vésicale par le curetage, suivie d'une injection de teinture d'iode et d'instillations quantitativement progressives de nitrade d'argent. Grâce à ce procédé qu'il a décrit et qui lui a donné une très jolie série de succès (1), la vessie s'est complètement modifiée. Au fur et à mesure que la réparation de la muqueuse vésicale se produisait, les symptômes douloureux s'amendaient, la tolérance au réactif et à la quantité d'urine se faisait plus

(1) *Annales de la Société belge de chirurgie* (nº 2 juin 1893).

grande et bientôt l'on vit cette sorte de résurrection d'une malade, impotente depuis neuf ans se lever, marcher et retourner au pays complètement rétablie.

Quant à la tumeur du sein, je l'avais disséquée et extraite le jour même du curetage. Il s'agissait d'un kyste à contenu séreux jaunâtre, développé aux dépens des acini glandulaires et dont la formation avait été favorisée par des poussées successives de mastite interstitielle. Notre regretté confrère et ami le Dr Du Pré en a publié un cas analogue des plus intéressants dans la *Clinique.*

Le retour à la déambulation n'a pas été le seul bénéfice obtenu par la cure des lésions chirurgicales. La nutrition s'est complètement transformée chez notre opérée. La stéatose généralisée semble entravée dans sa marche envahissante. La peau a perdu ses caractères diabétiques en même temps que le sucre a disparu des urines.

Les douleurs sont nulles et les fonctions digestives ont repris un cours physiologique.

Il n'est pas rare de rencontrer ci et là des malades abandonnées ainsi par la faculté et chez lesquelles il semble que toute tentative thérapeutique soit devenue inutile. Généralement c'est une diathèse diabétique ou arthritique qui a fait désespérer de la guérison ; plus souvent c'est un scepticisme féroce à l'égard des méthodes médicales nées d'hier, qui s'empare du médecin et le fait abandonner un malade comme incurable, quand ce n'est pas un autre motif qui fait prononcer l'incurabilité.

Si l'on recherche la vraie cause de cet abandon plus ou moins prématuré on est frappé de voir qu'elle réside, en réalité, bien plus dans le fait d'une erreur de diagnostic que dans le manque d'initiative ou d'énergie pour s'approprier les procédés curatifs nouveaux. Et cependant l'on sait combien cette apathie est fréquente dans le monde médical et combien elle se dissimule derrière un scepticisme dédaigneux, mais trop facile.

Au cours de nos investigations dans ce sens, nous avons presque toujours relevé une erreur de diagnostic ayant déterminé l'abandon des malades prétendûment incurables que nous avons examinées. Or cette erreur repose soit sur l'ignorance du médecin, soit sur les nombreux préjugés et dogmes de la vieille médecine, si préjudiciables à l'avancement des sciences et dont Carl Vogt a si admirablement fait le procès.

Le cas que nous avons observé montre une fois de plus les dépendances manifestes dans lesquelles se trouvent ce que l'on a appelé les — *diathèses* et les lésions dites systématiques des organes.

Si les diathèses créent ou influencent certaines lésions organiques ; réciproquement un ensemble de lésions d'organes très éloignés et très différents peuvent créer une diathèse.

Il semblerait dans le cas cité que le degré de glycosurie constaté soit la résultante de la cystite et de la métrite, et que leur chronicité ait amené l'établissement d'un type nouveau de nutrition, de même que le catarrhe gastro-intestinal indirectement peut amener le rachitisme, une lésion du foie, du pancréas ou des centres cérébraux, le diabète.

Ici la glycosurie n'a entravé en rien la guérison chirurgicale proprement dite car les plaies opératoires se sont fermées par première intention sans aucune suppuration.

Doit-elle donc rester une contre-indication formelle à toute intervention opératoire ?

Quoi qu'il en soit de ces considérations, nous pensons qu'il ne faut pas plus désespérer de guérir un diabète qu'une albuminurie par un traitement médical ou chirurgical, qu'il ne faut désespérer de faire recouvrer la raison d'une aliénée par une génitologie rationnelle.

Avortement à cinq mois; placenta prœvia. (1)

Les accidents dus au placenta prævia se produisent généralement pendant les deux derniers mois de la grossesse, alors que la préoccupation de sauver la mère est doublée des efforts faits par l'accoucheur pour sauver l'enfant déjà viable.

Aussi la casuistique du placenta prævia ne renferme-t-elle que de rares observations d'insertion placentaire ectopique à quatre et cinq mois; et comme plusieurs points thérapeutiques de l'avortement restent encore controversés, je crois utile d'exposer dans ses détails un cas de ce genre extrêmement instructif à plusieurs points de vue.

M[me] D..., de Bruxelles, mariée depuis bientôt huit ans, a eu un enfant la première année de son mariage. Cette première grossesse fut fort pénible à cause de vomissements incoercibles qui persistèrent pendant toute la gestation.

Il y a deux ans cette personne vint me trouver pour la première fois, me priant de la traiter pour une affection gastro-intestinale restée rebelle à toute une série de traitements déjà suivis.

Je diagnostiquai une dyspepsie asthénique avec hyperchlorhydrie très accentuée et en outre une endométrite chronique ignorée jusqu'ici.

Une diététique appropriée et le traitement médical que je fis alors de l'endométrite améliorèrent sensiblement la malade, mais non définitivement. Ayant proposé le curetage, je fus autorisé à le faire, mais sans narcose.

L'opération fut difficile, malgré tous les soins que je mis à anesthésier l'utérus et le vagin à la cocaïne, et très probablement incomplète à cause de l'indocilité de la patiente.

En la terminant, je pris le parti de ne plus jamais recourir à une pratique aussi détestable et qui n'est à conseiller que lorsque l'utérus est naturellement dilaté, la narcose formellement contre-indiquée et la malade très courageuse, trois circonstances rarement réunies.

Mes prévisions se réalisèrent bientôt. Pendant quatre mois environ,

(1) *La Presse médicale*, n° 11, mars 1894.

tous les symptômes gastriques s'amendèrent, et l'utérus paraissait guéri lorsque petit à petit tout le tableau morbide reparut. L'endométrite récidivait avec tous ses phénomènes réflexes. La malade se décida elle-même à me demander une intervention nouvelle et je fis un nouveau curetage, cette fois avec la facilité que donne l'anesthésie générale. Le résultat fut rapide et complet.

La muqueuse utérine, bientôt reconstituée dans sa totalité et avec ses caractères anatomiques normaux, ne donna plus qu'une sécrétion normale. Les fonctions digestives reprirent spontanément leur intégrité, les douleurs disparurent, et peu de temps après ce retour à la santé j'eus l'occasion de diagnostiquer le début d'une grossesse.

Il est impossible de voir plus manifestement l'influence de l'intégrité anatomique de la muqueuse utérine sur l'état général. Deux fois, dans l'espace d'un an, je pus observer la disparition des troubles de tous genres, ceux notamment du caractère, de l'estomac, de l'intestin de la nutrition générale, avec la disparition du catarrhe chronique de l'utérus.

La chute de l'état général, suivant de près la récidive de l'endométrite, et la fécondation se produisant au moment où la guérison utérine est complète, constituent ici des preuves trop convaincantes des influences réciproques qu'exercent les uns sur les autres l'appareil génital et les organes de la nutrition pour qu'elles soient laissées dans l'ombre.

Accueillie avec d'autant plus de joie qu'elle s'était produite inespérément, cette grossesse fut entourée des soins les plus minutieux.

Néanmoins vers le deuxième mois, puis vers le troisième mois de la gestation, quelques contractions utérines douloureuses, suivies de l'expulsion de quelques gouttes de sang, indiquèrent nettement la prédisposition à l'avortement.

Le repos et de petits lavements laudanisés mirent heureusement fin au travail dans ces deux circonstances.

L'état général était de tous points parfait, la santé était florissante, et notre patiente ressentait depuis trois semaines déjà les mouvements fœtaux lorsque brusquement, sans motif appréciable, se déclarèrent de véritables douleurs d'expulsion.

Lorsque je vis la malade (environ deux heures après l'apparition des symptômes), elle n'avait pas remarqué la moindre perte sanguine.

Je prescrivis d'emblée un lavement de 2 grammes de chloral et de 40 gouttes de laudanum. A ce moment le col utérin ne présentait pas encore de dilatation. Le calme survint au bout de quinze minutes,

mais il ne fut que de courte durée : les douleurs reprirent avec une grande intensité pendant une heure environ, puis furent de moins en moins ressenties par la patiente, vraisemblablement à cause de l'hypnotique que je lui avais administré. Une première hémorrhagie survint alors et me ramena auprès d'elle. Je pratiquai le toucher après avoir pris les précautions antiseptiques les plus rigoureuses : injection vaginale au sublimé à 1/4000, lavage et brossage des mains au sublimé à 1/1000, et je dus constater que la fausse-couche était inévitable.

Il y eut encore quelques contractions utérines, et le fœtus se trouva dans le vagin. Au moment où je le retirai, une nouvelle hémorrhagie se produisit, plus inquiétante encore et qui fut difficilement vaincue, malgré les injections très chaudes et le massage du globe utérin par l'abdomen.

Je fis moi-même la toilette de l'accouchée, afin d'avoir tous mes apaisements au point de vue de l'antisepsie. Je la laissai dans le décubitus dorsal complet, garnie de gaze et d'ouate stérilisées et ranimée par un grog tiède au rhum.

Le soir je constatai que la perte sanguine était minime, grâce à une rétraction suffisamment continue du globe utérin. Il n'y avait pas de fièvre.

Le lendemain je trouvai à l'examen digital la même situation que la veille ; le cordon ombilical pendait hors de l'orifice de la matrice au milieu de volumineux caillots sanguins. Une légère traction exercée sur lui ne parut pas devoir modifier la position occupée par le placenta. Aussi je pris la résolution de pratiquer le toucher intra-utérin pour arriver à détacher le gâteau. Ce fut peine perdue. Celui-ci adhérait solidement au niveau du segment inférieur, à un centimètre environ de l'orifice interne, en avant et à droite.

Malgré mes efforts, je ne parvins à rien décoller et je dus me contenter de faire une injection intra-utérine chaude de sublimé et un tamponnement très serré de la cavité utérine et du vagin avec de la gaze stérilisée iodoformée.

Le soir de ce jour un léger frisson, que j'attribuai à l'hémorrhagie, apparut vers cinq heures. Ayant pris un peu de nourriture liquide, la malade se trouva bien et s'endormit. La nuit suivante, vers deux heures du matin, je fus rappelé précipitamment. Un frisson très intense, avec claquement des dents, s'était déclaré depuis une demi-heure et ne céda qu'avec l'administration de grog chaud au rhum, de champagne et l'application de boules chaudes autour du corps de

la patiente. La température, normale jusque-là, s'éleva cette nuit à 39°7.

Depuis le tamponnement, l'utérus se contractait relativement bien. Aucun liquide ne suintait au travers le pansement utéro-vaginal que j'avais appliqué. Que fallait-il faire ?

S'agissait-il d'un commencement d'infection, d'une hémorrhagie interne ? L'abdomen ne révélait rien de particulier. A peine était-il sensible. Il était souple ; à travers ses parois il était facile de sentir le globe, dit de sûreté, parfaitement mobile. Je résolus d'attendre encore, espérant qu'un nouveau travail d'expulsion éliminerait le placenta prævia avec la gaze tassée dans son voisinage.

Le lendemain jusqu'à midi rien ne s'était produit encore, mais vers deux heures, au moment où je me disposais à examiner l'utérus, une hémorrhagie formidable se déclara, refoulant toute la gaze du vagin et une partie de celle renfermée dans l'utérus. Un véritable flot continu de sang inonda le lit. Comme la situation devenait critique, j'enfonçai vivement deux doigts de la main droite dans la cavité utérine, et appliquant leur face palmaire sur le placenta prævia, je le comprimai de toutes mes forces aidé par la main gauche qui, par l'abdomen, saisissait violemment le globe utérin et l'encapuchonnait sur la main droite.

L'écoulement s'arrêta heureusement, car la malade pâle, presque exangue, allait défaillir. L'utérus reprit, sous le mouvement d'expression que je lui imprimai, un peu de tonicité, ce qui me permit de faire appeler en toute hâte un confrère et de préparer tout en vue d'un curetage. Le Dr Jourdain me prêta en ces circonstances le concours le plus dévoué.

Les frissons que j'avais observés la veille étaient dus certainement à un commencement de putréfaction de l'arrière-faix, car l'odeur qui s'échappa, lorsque je retirai la gaze, ne me laissa aucun doute à cet égard.

La narcose fut facile et exempte de syncope et de vomissements, ce qui prouve une fois de plus que l'anémie aiguë ne peut être une contre-indication à l'anesthésie chloroformique.

Je pratiquai le curetage d'une manière atypique suivant les nécessités que comportait la situation.

Ayant préalablement nettoyé au savon et au sublimé la vulve, le vagin, les cuisses et fait une injection intra-utérine extrêmement chaude de sublimé à 1/8000, j'introduisis à travers le col, amené à la vulve, une large curette tranchante et je tentai de décoller le placenta

à son pourtour. Cette manœuvre réussit assez bien, mais le sang s'écoula alors en abondance, et je dus injecter à nouveau de l'eau chaude pour amener le retrait de l'utérus. Je pus alors profiter de l'arrêt du sang pour achever le décollement, commencé par la curette, au moyen des doigts introduits dans l'organe maternel.

Ce procédé offrait l'avantage d'un véritable massage de la paroi utérine, excitait la contractilité musculaire et diminuait en même temps la perte sanguine. Etant donné l'état de putréfaction du gâteau à extraire, je ne parvins pas évidemment à le détacher en bloc, mais je fis en quelques minutes et par morcellement ce que la curette aurait fait par grattage, péniblement et au prix d'une nouvelle hémorrhagie. La masse principale étant ainsi morcelée, la curette arriva rapidement sur le tissu utérin qui se contracta vigoureusement et d'une manière définitive.

Une dernière irrigation suivie d'un tamponnement très serré à la gaze iodoformée mirent fin à l'opération et à tout écoulement. La malade, ranimée et réchauffée par tous les moyens habituellement en usage, se rétablit promptement et sans la moindre réaction.

Il y eut cependant, comme toujours, le soir de l'intervention, une poussée fébrile qui dura deux heures; les vaisseaux utérins, ouverts par la curette, avaient vraisemblablement donné lieu à une résorption nouvelle, mais de très courte durée.

Réflexions. — La question qui se pose ici est de savoir si le traitement que j'ai suivi est à conseiller dans tous les cas où les phénomènes se présentent dans l'ordre observé.

D'une manière générale, je crois que l'on peut répondre par l'affirmative, *si toutefois on n'a pas fait plus tôt le diagnostic de placenta prævia*. Un grand nombre d'auteurs conseillent de temporiser après l'expulsion du fœtus, même lorsqu'il s'agit de grossesse de deux mois et demi à trois mois, et à plus forte raison lorsqu'elle est avancée.

Si l'utérus n'expulse pas spontanément l'arrière-faix, le tamponnement intra-utérin provoquera presque toujours le phénomène si l'insertion toutefois est normale. Lorsque le placenta est prævia, le tamponnement ne sert à rien si ce n'est à temporiser inutilement, ce qui augmente les chances d'infection et d'hémorrhagie grave. La rétraction du globe utérin n'agit ni directement sur le placenta prævia, ni indirectement par l'intermédiaire de la gaze aussi bien tassée qu'elle puisse être.

Il importe donc, dans toute fausse-couche, me semble-t-il, de déterminer, après l'expulsion fœtale, la position approximative de l'arrière-faix au moyen de la sonde utérine ou du doigt.

Si le placenta est reconnu prævia, il y aura lieu de ne pas temporiser ; d'intervenir immédiatement par le décollement, le morcellement et le curetage. Dans les cas d'insertion normale du délivre on pourra, à moins d'indications spéciales, attendre, faire le tamponnement utérin et vaginal, et si l'infection survenait prématurément, recourir à l'extraction instrumentale.

Une autre question, tout aussi importante, est celle de savoir comment s'est produit le commencement d'infection observée chez notre malade.

Dès le début de l'avortement, l'appareil génital a été désinfecté avec tous les soins que j'aurais mis à préparer une opération abdominale. Je me suis servi avant, pendant et après l'opération de solutions hydrargiriques rationnellement titrées et d'instruments aseptiques. Le toucher n'a été pratiqué que par moi et après désinfection minutieuse. Et cependant vingt-quatre heures après l'avortement nous avons vu apparaître les frissons et une réaction thermique.

Y a-t-il eu là auto-infection ou hétéro-infection ?

Il s'agirait de s'entendre au préalable sur la valeur de ces deux expressions dont l'application inexacte peut prêter à de longues controverses et à soulever, le cas échéant, dans l'esprit d'un juge l'idée d'une négligence coupable.

J'ai la conviction que c'est à cause de l'air extérieur que le placenta, dépourvu de toute espèce de nutrition, a subi la simple putréfaction sans qu'il y ait eu pour cela infection spécifique. Les toxines de la putréfaction simple, résorbées par les vaisseaux utérins, ont sans doute provoqué les frissons et l'élévation thermique.

Loin de moi cependant l'idée d'appeler cela une hétéro-infection. Je ne pense pas qu'avec toute notre asepsie nous puissions jamais empêcher la décomposition des membranes et de l'arrière-faix restés dans l'utérus ; tout au plus pourrait-elle la retarder de quelques heures.

Je crois, au contraire, pouvoir donner le nom d'auto-infection au cas présenté, parce que l'arrière-faix appartient en somme à l'organisme maternel, fait partie intégrante de ses tissus, et que malgré toutes les précautions prises, cet arrière-faix aurait pu amener la mort de la patiente par sa simple décomposition.

Qu'il se produise dans ces conditions une infection secondaire ; que des germes septiques introduits par le doigt ou l'instrument ajoutent leur action à celle des toxines de la putréfaction, et le mot d'hétéro-infection pourra être prononcé. Mais il ne pourra être affirmé

que si l'infection se produit alors que la délivrance a été reconnue complète. Dans ce cas il s'agirait en effet de l'infection d'une plaie utérine libre, aseptique au moment de la délivrance.

Le terme d'auto-infection serait également réservé à tous les cas où une affection inflammatoire, récente ou ancienne d'une annexe serait la cause d'une inflammation utérine *post partum*, bien qu'en réalité la maladie annexielle provienne primitivement d'un contage extérieur.

La signification des termes auto et hétéro-infection a dans ma pensée moins de valeur scientifique que médico-légale, et c'est pour ce motif que leur interprétation doit être large tout en étant précise.

Il ne serait pas bien difficile de démontrer que toutes les maladies inflammatoires proviennent d'un contage extérieur, mais ce qui est à coup sûr moins aisé, c'est d'établir la part de culpabilité d'un accoucheur ou d'une sage-femme dans un cas de fièvre puerpérale.

L'observation que je viens d'avoir l'honneur de vous soumettre en est un exemple démonstratif, bien qu'elle ait eu particulièrement pour objet une étude de placenta prævia.

Du moment syncopal dans la narcose. (1)

En cherchant à éviter les accidents de la narcose par l'emploi de produits chimiquement purs, simples ou combinés, nous semblons attendre beaucoup plus des progrès à accomplir dans la fabrication des agents anesthésiques que du perfectionnement de nos connaissances physiologiques de la narcose.

Il y a là, pensons-nous, une grave erreur qui trouve son excuse dans cette conviction trop absolue, que tous les accidents résultent d'un défaut de pureté de l'agent narcotique. On vient de faire cependant, dans le monde entier, l'expérience d'un chloroforme dont la pureté pourra difficilement être dépassée, sans voir diminuer en rien le nombre, ni le caractère des accidents.

On doit en rabattre donc de cette conviction.

Mais pourquoi vouloir aussi trouver un produit idéal qui agisse exactement de la même manière sur tous les individus? C'est vouloir l'impossible. Pour réussir avec un tel agent il faudrait admettre un type physiologique invariable, d'une constance absolue. Et si la digitaline ou toute autre substance à dose égale restent en défaut ou sont la cause d'accidents suivant les individus, il ne faut pas s'étonner que le chloroforme ou l'éther se comportent de même.

L'expérience ne nous a-t-elle pas enseigné à prescrire plus avantageusement le strophantus que la digitale, la caféine que la théobromine, ou encore la spartéine suivant les données symptomatiques du cœur, des reins et de l'estomac ?

Or, l'usage journalier dans le monde entier de l'éther, du chloroforme, du protoxyde d'azote, du bromure d'éthyle, n'est pas sans avoir jeté quelques bases d'une élection judicieuse de ces anesthésiques, élection dont la variabilité individuelle pourrait bénéficier.

Il est probable que tous ces narcotiques sont excellents et que le chloroforme le plus pur ne pourra jamais remplacer un éther quelconque dans un cas déterminé et inversément.

Et si on ne s'est pas habitué jusqu'ici à choisir un hypnotique

(1) *La Clinique*, n° 31, août 1893.

plutôt qu'un autre, en se basant pour ce choix sur les lésions cardiaques, pulmonaires, gastriques ou même sur les dispositions idiosyncrasiques des malades, c'est parce qu'il est infiniment plus facile de n'avoir qu'un seul et même produit à manier — ce qui supprime toute recherche — et surtout parce que cette recherche est affaire de médecine pure. Et cette médecine, les chirurgiens spécialistes la perdent de plus en plus de vue, au point de devenir incapables de faire une auscultation tant soit peu délicate.

L'anesthésique n'est il pas presque exclusivement aux mains du chirurgien ?

En conséquence, sans vouloir formuler encore ici les règles thérapeutiques qui doivent nous faire préférer un produit à l'autre, nous pensons que l'emploi du chloroforme sera plus justifié lorsqu'il n'y aura pas de troubles très marqués du côté de l'estomac, car dans la grande majorité des cas, il exagère les lésions gastriques, quand il ne détermine pas d'emblée un catarrhe aigu.

Dans le cas d'affection légère du cœur il ne sera pas contre-indiqué, mais l'éther nous semble préférable si le muscle cardiaque est très altéré.

Chez les alcooliques n'y a-t-il pas toujours lieu de choisir plutôt l'éther que le chloroforme ? Et chez les nerveux ne faut-il pas diminuer, préalablement à la narcose, les dangers de la période d'excitation par la morphine ou le chloral ? Trélat ne se servait pour beaucoup d'opérations que de ces deux narcotiques. Que ceux qui ont l'expérience du bromure d'éthyle établissent les indications de son emploi chez l'adulte et chez l'enfant, chez l'hystérique et l'alcoolique.

Il n'est pas douteux que l'hypnotisme nous sera un jour d'une grande utilité, si non pour amener l'insensibilité, du moins pour préparer les patients à la narcose médicamenteuse. Il y a là beaucoup de choses à faire et à trouver.

En attendant on pourrait mieux profiter des connaissances physiologiques acquises un peu partout, pour conduire une narcose, car il est visible qu'en général celle-ci se fait — au petit bonheur.

A ce propos, il semble que l'on ait perdu de vue les phénomènes réflexes, parfois si intenses qui se manifestent à certains moments bien déterminés au cours des opérations chirurgicales, phénomènes observés assez souvent et que nous croyons utile de rappeler ici en les complétant de nos observations particulières.

Nous voulons parler du réveil, de l'excitation grande, de la syncope même, qui surviennent au moment où le bistouri, le doigt, la curette,

un instrument quelconque arrivent à toucher des points tels que l'ovaire, le cordon spermatique, le col vésical, l'orifice interne du col utérin.

Il y a quelques années, encore étudiant, nous nous souvenons avoir donné le chloroforme à un homme robuste, ne présentant aucune altération du cœur, ni des poumons et devant être opéré d'hernie inguinale.

Au moment où le professeur von Winiwarter ouvrit le sac herniaire, tirailla le cordon spermatique tout en cherchant à réduire l'anse intestinale, il se produisit brusquement une syncope terrible caractérisée d'abord par l'arrêt instantané de la respiration, puis du cœur.

La flagellation, l'éther, les pointes de feu, la respiration artificielle restèrent impuissants à empêcher l'asphyxie et ce n'est que lorsqu'on pratiqua les premières incisions pour trachéotomiser que le malade se réveilla, vraisemblement sous l'influence de la section des nerfs sensibles du cou.

Depuis lors, notre attention a été attirée de ce côté dans toutes les opérations de ce genre et nous avons pu constater que le même phénomène se produisait à des degrés divers, variant du simple réveil à une grande excitation et à la syncope complète grave, dans nombre d'opérations intéressant spécialement les organes génitaux, et quel que fût le mode d'anesthésie employé.

C'est pendant l'ovariotomie, et particulièrement au moment où l'on tiraille les ligaments ovariens, pour amener l'organe hors de la plaie; pendant les traumatismes chirurgicaux portant sur le col vésical, et notamment le curetage de la vessie, pendant les opérations sur la prostate, la cystotomie périnéale, qu'on voit l'irritation réflexe se produire.

De simples cathétérismes mêmes provoquent à l'état de veille, l'angoisse, le dyspnée et la syncope.

Il s'agit certainement ici d'une excitabilité spéciale du sphincter urétro-vésical; et si l'on constate une action analogue lors de la dilatation brusque du sphincter anal, on comprendra facilement que si cette excitation est suffisante pour amener la syncope, elle peut être aussi capable d'amener le réveil lorsque la syncope s'est produite. De là la pratique de certains chirurgiens qui consiste à enfoncer le doigt dans le rectum pour provoquer le retour de la respiration.

Bien des fois il nous est arrivé, dans notre pratique privée de voir le réveil, une agitation particulière et menace de syncope au moment de la dilatation forcée du col utérin et du curetage ou de la section

de l'orifice interne du col. Ce dernier se comporte du reste exactement comme un sphincter. Quatre fois dans ces circonstances la syncope a été complète et a nécessité des manœuvres pénibles, heureusement suivies de succès.

L'ovaire, la vessie, la matrice n'offrent pas seuls des points syncopaux.

A côté de ceux que nous venons de citer se trouve encore le testicule dont la compression soudaine et l'incision peuvent aussi entraver l'action régulière du pneumo-gastrique.

Pendant l'énucléation de l'œil, la section du nerf optique semble également provoquer les mêmes inconvénients, mais à cause de la section des nerfs ciliaires, originaires du trijumeau.

Il existe très probablement toute une série de ces points physiologiques, normaux au niveau de tous les sphincters, sur le trajet des nerfs sensibles, points qu'il serait très utile de connaître exactement, et des points pathologiques, c'est-à-dire créés par des altérations inflammatoires où la sensibilité nerveuse s'est anormalement accrue.

Quelle serait au point de vue prophylactique, l'utilité de cette connaissance ?

Elle engagerait le chirurgien, au moment où il va toucher ces points, à s'informer de l'état de la narcose ; et si celle-ci n'est pas profonde, complète, il attendra que toute sensibilité réflexe ait disparu. Ainsi la syncope sera peut-être évitée.

On a généralement perdu de vue cette simple expérience de laboratoire et qui montre surabondamment l'influence nerveuse périphérique sur la respiration et le cœur, et qui consiste à enfoncer une longue aiguille dans le muscle cardiaque d'un lapin ou d'un chien plongé dans une demi-narcose. L'aiguille actionnée par les mouvements du cœur et trouvant un point d'appui au niveau des parois thoraciques se meut comme un levier et de façon isochrone. Si l'on pique ou si l'on pince un point périphérique quelconque de l'animal, les mouvements respiratoires deviennent irréguliers et l'aiguille cardiographique s'arrête. Au contraire, si l'animal se trouve dans une narcose complète, la respiration et le cœur ne subissent aucune modification avec l'excitation périphérique la plus forte.

De là les dangers d'une narcose incomplète, et c'est ce qui explique que les accidents se produisent souvent au début et à la fin de la chloroformisation.

Il y a des personnes chez lesquelles la moindre odeur, la plus petite secousse morale, l'application d'eau froide en un point du

corps déterminent de l'angoisse et des troubles variant de l'obnubilation passagère à la syncope ; il y a lieu de supposer que ce sont ces mêmes personnes qui tombent en syncope dès les premières inhalations de chloroforme.

C'est peut-être ici que se trouve l'indication la plus précise de l'usage préalable de la morphine, du chloral et de la cocaïne.

Une expérience très démonstrative qui vient à l'appui de notre manière de voir sur les points syncopaux, c'est celle de MM. Laborde et Guérin, et qu'ils viennent de présenter à l'Académie des sciences de Paris (séance du 11 juillet) (1).

Elle explique parfaitement le mécanisme de la syncope chloroformique initiale. Voici les termes propres du docteur Laborde :

« Après avoir trachéotomisé un chien, nous lui faisons respirer le chloroforme par sa canule ; ce chien n'a pas de syncope. Après quelques instants, le chien n'étant nullement anesthésié et la respiration nasale étant rétablie, nous approchons brusquement la compresse des narines, aussitôt syncope cardiaque. Si l'animal échappe à cette syncope, nous continuons les inhalations trachéales et l'animal arrive, sans accidents, à l'anesthésie complète. On peut alors et sans danger, reprendre les inhalations par le nez ; les nerfs sensitifs étant anesthésiés, ne peuvent être le point de départ d'une syncope réflexe. »

La conclusion pratique qui découle de cette expérience est qu'il faut fermer les narines des malades au début de la narcose, le réflexe nasal étant la cause de l'arrêt du cœur. M. le docteur Laborde n'aurait jamais vu de syncope survenir chez les anesthésiés ainsi traités.

En résumé, nous croyons que la recherche minutieuse des points chirurgicaux de la syncope et une adaptation plus rationnelle des agents anesthésiques qui sont à notre disposition, pourront mieux éviter les accidents de la narcose que l'usage d'un produit idéal qui est encore à trouver et dont la généralisation parait illogique pour les motifs que nous avons indiqués plus haut.

---

(1) Rapporté par la *Presse médicale belge*, p. 231, 16 juillet 1893.

Un cas de grossesse tubo-ovarienne. (1)

La relation qui va suivre peut être rangée parmi les observations de grossesse extra-utérine typique, à cette seule différence près que nous n'avons pu constater l'expulsion de lambeaux de caduque utérine.

La malade âgée de 35 ans, a eu un premier enfant à 22 ans. Bien réglée depuis lors, la menstruation a fait défaut depuis le 15 décembre 1893 et l'apparition de symptômes subjectifs et locaux de grossesse n'ont guère laissé de doutes sur la gravidité.

Le mois dernier, 4 mois après la cessation des règles, la patiente est venu nous trouver parce qu'elle était inquiétée par un écoulement fréquent de liquide sanguinolent et par une hémorrhagie qui lui a fait croire à une fausse-couche ou tout au moins à une menace de fausse-couche. Des tiraillements douloureux dans le flanc gauche ne laissaient pas que de tourmenter vivement la patiente.

L'interrogatoire nous ayant donné les renseignements complets de nature à faire admettre d'emblée l'existence d'une grossesse, je pratiquai le toucher, extrêmement facilité par l'absence complète de tissu graisseux.

Je sentis aussitôt l'utérus à peine agrandi de volume refoulé en latéroversion droite par une tumeur du volume du poing occupant la trompe gauche, tumeur de consistance particulière faisant songer à un hématome ancien encastré dans une poche et fixé par des adhérences aux organes pelviens. Ce n'était ni la consistance élastique du kyste ovarien ou salpingien, ni celle particulièrement dure et résistante du fibrôme ligamentaire ; aussi je pus avec grandes chances de précision poser le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Les caractères du vagin, le ramollissement du col utérin, la présence de lait dans les seins, l'absence de menstruation et même l'écoulement sanguin intermittent venaient à l'appui de cette manière de voir.

En admettant même une erreur de diagnostic, celle-ci ne pouvait

(1) *Bulletin de la Société belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1894.

laisser supposer qu'une salpingite ou un kyste ovarien fortement adhérent aux organes voisins, et l'opération s'imposait dans tous les cas.

Je la pratiquai quelques jours après, par la voie abdominale et l'opération permit effectivement d'extraire un hématosalpinx organisé dans sa presque totalité.

Les parois tubaires étaient fortement épaissies montrant la disparition des replis caractéristiques ; le sang s'était pris en volumineux caillots non adhérents aux parois de la trompe, sauf en un point voisin de son extrémité libre où les parois amincies, bleuâtres et friables de la trompe, faisaient corps avec la masse sanguine.

L'examen microscopique de cette région ne me fit plus douter de l'origine placentaire de l'hématome.

Je me propose de vous donner ultérieurement un travail spécial d'ensemble sur l'anatomie pathologique des hématosalpinx et ses rapports morphologiques avec les grossesses tubaires.

Je me contenterai de vous indiquer aujourd'hui une épreuve facile et qui peut lever le doute lorsqu'on soupçonne qu'une hémorrhagie a détruit l'embryon et les annexes fœtales de l'œuf. Je veux parler de l'épreuve de l'eau.

Si l'on découpe une petite portion de la région amincie et adhérente de la trompe au caillot et qu'on la plonge soit dans l'eau, soit dans l'alcool, il arrive qu'au niveau de la zone d'adhérences, on voit flotter de petits ligaments dichotomiques qui en imposent par des villosités choriales. Celles-ci examinées au microscope, sans préparation préalable, pourront rapidement vous renseigner. C'est ce qui est arrivé dans le cas que j'ai l'honneur de vous présenter aujourd'hui.

A propos d'une ovariotomie par la voie vaginale.

Encouragé par les exemples si heureux de mes confrères bruxellois qui ont ici même relaté leurs opérations sur les annexes par voie vaginale, MM. Cittadini, Popelin, Jacobs, j'ai pratiqué récemment une ovariotomie par cette méthode. Et bien qu'une complication grave soit survenue pendant les suites de l'opération, complication qui fait l'objet de cette observation, je ne puis m'empêcher d'être très partisan de ce mode d'intervention pour certains cas bien déterminés.

Il s'agissait d'un ovaire nettement kystique, de la grosseur d'une mandarine et qui, assez adhérente dans le cul-de-sac latéral gauche et le Douglas, déterminait des douleurs violentes et de la dysménorrhée.

Pas de lésions appréciables du côté droit. Endométrite chronique concomittante.

Avant et après le curettage je fis une désinfection aussi rigoureuse que possible des parties génitales externes et du vagin; j'insiste sur ce détail, ici très important.

L'utérus étant bourré de gaze et relevé vers le haut au moyen d'une forte pince de Museux, je fis l'ouverture du cul-de-sac de Douglas au thermo-cautère par une incision transversale de dimensions suffisantes pour laisser passer l'indicateur. Celui-ci atteignit assez difficilement le cul-de-sac péritonéal lequel était refoulé très haut, soit en réalité, soit virtuellement par les adhérences de la tumeur. Une fois introduit dans la cavité pelvienne, le doigt parvint non sans peine, je dois le dire, à pédiculiser l'annexe malade. Je crus même à un moment donné la chose impraticable. Néanmoins, l'effort ayant été renouvelé et l'ouverture vaginale s'étant quelque peu agrandie, je pus attirer le néoplasme au moyen d'une pince longuette dans le vagin.

Deux pinces furent placées à ras de l'utérus, la pièce anatomique excisée, et une languette de gaze glissée le long du pédicule ligamentaire à travers le Douglas béant. Pansement vaginal ordinaire. L'hémorrhagie fut insignifiante.

Les suites immédiates parurent des plus normales, mais vers le

troisième jour, c'est-à-dire peu après l'enlèvement des pinces, la température s'éleva à 38°9 et avec les débris sphacèles du ligament large apparut un écoulement purulent. Au toucher: symptômes non douteux de cellulite pelvienne entourant l'utérus, remontant à droite jusque sous le cœcum, déterminant en ce point une véritable pérityphlite avec phénomènes typhoïdes du côté de l'intestin lui-même et à gauche entourant l'S iliaque. Diarrhée profuse.

J'instituai comme traitement: la diète lactée, des enveloppements humides chauds, et localement après avoir fait une abondante injection d'eau boriquée chaude à travers la fente vaginale, j'établis un drainage au moyen d'un tube de caoutchouc et ultérieurement je fis faire journellement plusieurs injections chaudes au sublimé. Peu à peu tout rentra dans l'ordre et la malade quitta mon institut le seizième jour en bonne santé, ne gardant qu'un léger empâtement du Douglas, qui a disparu du reste depuis lors.

Les soins d'asepsie pour les instruments comme pour les pansements ont été observés comme s'il s'agissait d'une laparotomie. Le nettoyage vaginal a été fait plusieurs fois et la veille de l'opération et au moment de l'opération. Je n'ai qu'à me louer de la façon consciencieuse avec laquelle mes excellents confrères Van Engelen, Ots et Mills ont observé les règles de l'antisepsie des mains; néanmoins l'infection s'est produite.

Quelles que soient donc les précautions prises, la muqueuse vaginale laisse donc toujours un contage pyogène au voisinage d'une plaie ouverte éminemment fertile, aussi fertile que l'utérus *post partum* avec rétention de membranes, car la gangrène humide de la partie pincée du ligament large reste difficilement gangrène aseptique.

Ce qui a certainement ici rendu le terrain très réceptif, c'est la dissociation du tissu cellulaire sous-péritonéal déterminée par le doigt allant à la recherche du cul-de-sac péritonéal. C'est ce qui explique vraisemblablement la localisation de l'infection au tissu para-péritonéal; le péritoine pelvien semble n'avoir ici pris aucune part ou tout au moins qu'une part très limitée à l'inflammation.

Nous pouvons aussi supposer que l'endométrite s'étendait jusqu'aux trompes et que dans le moignon ligamentaire lui-même se trouvaient les germes pyogènes et non dans le vagin. Mais si cela est vrai, on comprend difficilement que tant d'hystérectomies se terminent sans cellulite, sans péritonite.

La pièce anatomique extraite ne présentait aucun intérêt anatomo-pathologique. C'était un ovaire multi-kystique non inflammatoire, réduit à l'état de véritable éponge.

Un ensemencement de tube de gélatine, et une culture sur plaque de pus prélevé au niveau de l'orifice vaginal au cours du traitement n'ont rien donné, ce qui est tout en faveur de l'action antiseptique des injections au sublimé.

Cette observation nous enseigne que les meilleures précautions ne mettent pas à l'abri de l'infection par le vagin, que la lésion annexielle soit ou non inflammatoire.

Elle recommande aussi de léser le moins possible le tissu cellulaire pelvien dans les opérations pratiquées par la voie vaginale.

Qu'il me soit permis de présenter ici à MM. les Drs Van den Bergh, Ots, Van Engelen et Mills, mes confrères de la Policlinique St-Jean, tous mes remercîments pour la collaboration si précieuse et si dévouée qu'ils ont bien voulu me donner au cours des diverses opérations dont il a été question dans ces notes de clinique gynécologique.

Dr Keiffer.

Bruxelles, août 1894.

Table des matières


Armed Forces Medical Library, Washington, D.C.



NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE
NLM 00555789 6